Cooperativa de Salud de Kentucky, Inc: Platino de la Cooperativa de Salud de KY

Período de Cobertura: A partir del primero de enero de 2015

Resumen de Beneficios y Coberturas: Lo que este plan cubre y lo que cuesta **Cobertura para: Individuo | tipo de plan: OPP**

Éste es sólo un resumen. Si desea más detalles sobre la cobertura y los costos, puede obtenerlos en los términos completos de la póliza o el documento del plan en www.mykyhc.org o al llamar al 1-855-OUR-KYHC (687-5942).

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué ésto importa?
¿Cuál es el **deducible** en general?	La Red de Proveedores **$1,000** por persona / **$3,000** por familia Fuera de la Red de Proveedores **$1,500** por persona / **$4,500** por familia	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del **Deducible** antes de que este plan comience a pagar los servicios de cobertura que usted usó. Consulte el gráfico que empieza en la página 2 para averiguar cuánto usted pagó por los servicios de cobertura después de haber cumplido con el **Deducible.** * **Los Copagos**, con la excepción de los medicamentos recetados, **No se aplican** hacia los Deducibles.
¿Hay otros **deducibles** para servicios específicos?	**Sí. Farmacia $100**	Usted tiene que pagar un Deducible de los Beneficios de Medicamentos Recetados. Este plan está sujeto a un deducible de **$100** específico destinado a los beneficios de medicamentos recetados, distinto de los límites de deducibles indicados anteriormente
¿Hay un límite para mis gastos de bolsillo?	**Sí** La Red de Proveedores **$1,500** por persona / **$4,500** por familia Fuera la Red de Proveedores **$6,000** por persona / **$18,000 por familia**	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de servicios de cobertura. Este límite puede ayudarle a planificar los gastos de atención de salud. ***Los Copagos**, a la excepción de los medicamentos recetados, **se aplican** hacia los **gastos de bolsillo.**
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo?	Primas, facturas de cargos, atención médica recibida pero que este plan no cubre, y sanciones.	Aunque es posible que haya pagado los gastos en estas áreas, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Hay un límite anual general de lo que paga el plan?	**NO**	El gráfico que comienza en la página 2 describe cualquier límite en el que el plan pagará por servicios de coberturas específicos, como las consultas.
¿Este plan usa una **red** de **proveedores?**	**Sí**	Si usted utiliza nuestra **Red de Proveedores**, este plan pagará parcialmente o totalmente los costos de servicios de cobertura. Cualquier cargo de proveedor no participante, incluso si ha sido utilizado

		por uno de los proveedores participantes dentro de la red, no puede ser pagado por este plan.
¿Necesito un referido para consultar a un **Médico Especialista?**	**NO**	Usted puede consultar a un médico **Especialista** que usted elija sin autorización de este plan, aunque posiblemente el plan no pague los servicios fuera de la Red de proveedores.
¿Hay servicios que no cubre este plan?	**Sí**	Hay servicios que este plan no cubre. Por favor, consulte su plan o documentos de póliza para ver la lista de los servicios excluidos.

- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo $15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte de los gastos que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, es un porcentaje de **la cantidad aprobada** por dicho servicio. Por ejemplo, si **la cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es $1,000, su **coseguro** será 20% de ese total, o sea $200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El total que el plan paga por los servicios cubiertos está basado en el **número aprobado**. Si un **proveedor** no participante (que no pertenece a la red del plan) le cobra más que el **total aprobado**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red le cobra $ 1,500 por una noche de estancia y el total permitido es de $ 1,000, es posible que usted tenga que pagar la diferencia de $ 500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- Este plan puede animarle a usar **proveedores participantes** que cobran **deducibles, copagos** o **coseguros** más bajos.

Eventos médicos comunes	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos si usted usa Proveedores		Limitaciones y Excepciones
		Participantes	No participantes	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	$10 copago / consulta	50% coseguro	
	Consulta con un Especialista	$20 copago / consulta	50% coseguro	
	Consulta con otro proveedor de la salud- Quiropráctico	$10 copago / consulta	50% Coseguro después de deducible	Quiropráctico: 12 consultas de manipulación por período de beneficio

Eventos médicos comunes	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos si usted usa Proveedores		Limitaciones y Excepciones
		Participantes	No participantes	
	Servicios preventivos / evaluaciones / vacunas	**$0**	50% coseguro	*Por favor, consulte la lista de los servicios preventivos destinados a los hombres y mujeres adultos y niños en el programa de beneficios
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	10% coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Coseguro de Proveedores participantes varía en función de dónde se recibe el examen médico.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	10% coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Coseguro de Proveedores participantes varía en función de donde se recibe el examen médico
Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Para más información sobre **la cobertura de medicamentos** visite **www.mykyhc.org**	Medicamentos Genéricos	$7 antes el deducible	$7 antes el deducible	No orden por correo fuera de la red
	Medicamentos de marca Preferida	$20 después de deducible	$20 después de deducible	No orden por correo fuera de la red
	Medicamentos de marca no-preferida	$35 después de deducible	$35 después de deducible	No orden por correo fuera de la red
	Medicamentos especiales	25% coseguro después de deducible	25% Coseguro después de deducible	No orden por correo fuera de la red
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cuota de instalación (ej. Centro de cirugía ambulatoria)	10% coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera pre-autorización / pre-certificación
	Cuota del médico/cirujano	10% coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera pre-autorización / pre-certificación
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de sala de emergencias	$75 copago/consulta antes el deducible + 10% coseguro	$75 copago/consulta antes el deducible + 10% coseguro	Pueden ser exonerados si hay admisión. La Cantidad Máxima Autorizada se aplica a los servicios fuera de la red
	Traslado médico de emergencia	10% coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Exonerado si hay admisión y relacionado con accidentes / lesiones

Eventos médicos comunes	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos si usted usa Proveedores		Limitaciones y Excepciones
		Participantes	No participantes	
	Cuidado urgente	$50 copago / consulta	50% Coseguro después de deducible	
Si lo admiten al hospital	Cuota del hospital (habitación)	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera pre-autorización / pre-certificación
	Tarifa del médico/cirujano	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Coseguro de Proveedores participantes varía en función de donde se recibe el servicio
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de drogas	Servicios ambulatorios de atención mental/de conducta	$10 copago / consulta	50% Coseguro después de deducible	
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera pre-autorización / pre-certificación
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de drogas	$10 copago / consulta	50% después de deducible	
	Tratamiento para el abuso de drogas para pacientes internados	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera pre-autorización / pre-certificación
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Coseguro de Proveedores participantes varía en función de donde se recibe el servicio
	Parto y todos los servicios de internación	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Coseguro de Proveedores participantes varía en función de donde se recibe el servicio
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de salud en el hogar	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera Pre-autorización/Pre-certificación/100 consultas por calendario anual.

Eventos médicos comunes	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos si usted usa Proveedores		Limitaciones y Excepciones
		Participantes	No participantes	
	Servicios de rehabilitación	$10 copago / consulta	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera Pre-autorización / Pre-certificación / Algunos servicios (terapia del habla, terapia física, etc.) se limitarán a 20 consultas.
	Servicios de recuperación de las habilidades	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera Pre-autorización/Pre-certificación/Algunos servicios (terapia del habla, terapia física, etc.) se limitarán a 20 consultas.
	Cuidado de enfermería especializado	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera Pre-autorización / Pre-certificación / 90 días máximos de una combinación de consultas con proveedores participantes y no participantes.
	Equipo médico duradero	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera Pre-autorización/Pre-certificación/ Audífono para los niños menores de 18 años es 1 por cada período de 36 meses.
	Cuidado de hospicio	0% Coseguro después de deducible	0% Coseguro después de deducible	Puede que se requiera Pre-autorización/Pre-certificación.
Si su hijo/a necesita atención dental o de los ojos.	Éxamen de la vista	$20 copago	50% Coseguro después deeducible	1 por calendario anual
	Anteojos	10% Coseguro después de deducible	50% Coseguro después de deducible	1 por calendario anual + 1 sustitución si es una necesidad médica.
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	Algunos artículos pueden ser cubiertos si su necesidad es debida a una lesión accidental.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Los servicios que su plan NO cubre (Éste no es la lista completa. Consulte los documentos de su plan para más información).

- La cirujía bariátrica para la obesidad mórbida
- Cirugía estética, a menos que se destine a corregir una deficiencia
- Atención de larga duración

Otros Servicios Cubiertos (Ésta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan para otros servicios cubiertos y sus costos)

- Cuidado de enfermera privada

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura bajo este plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y del Estado de Kentucky pueden proporcionar protecciones que le permitan mantener su cubertura de salud. Cualquier de esos derechos puede ser limitado con el tiempo y requieren que usted pague una prima, que puede ser significativamente más grande que la prima que se paga mientras esté cubierto/a por este plan. También pueden aplicarse otras limitaciones a sus derechos para continuar su cobertura. Para más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, por favor, comuníquese con el plan al: 1-855-our-kyhc o su departamento estatal de seguros, la Administración de Seguro de los Beneficios del Departamento del Trabajo de Empleados al: 1-866-444-EBSA (3272), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos al: 1-877-267-2323, ext. 61565, o www.cciio.cms.gov

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si usted tiene una queja o no está satisfecho/a con una negación de la cobertura para las reclamaciones de su plan, usted puede apelar o presentar una queja. Para preguntas acerca de sus derechos, este aviso, o asistencia, puede comunicarse con la Cooperativa de Salud de Kentucky a: www.mykyhc.org o 1-855-OUR-KYHC o el Departamento de Salud de su Estado o la Administración de Seguro de los Beneficios del Departamento del Trabajo de Empleados al: 1-866-444-EBSA (3272), o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Departamento de Seguro, P.O. Box 517, Frankfort, KY 40602-0517 Tel.: 502-564-3630 o 800-595-6053 o teletipo: 800-648-6056

Departamento de Seguro, División de la Protección de Consumidores, P.O. Box 517, Frankfort, KY 40602-0517,
Sitio Web: http://insurance.ky.gov, Correo Electrónico: DOI.Ombudsman@ky.gov, Tel.: 877-587-7222

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una muestra de situación médica, vea la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo el plan podría cubrir los servicios en situaciones distintas. Use estos ejemplos para tener una idea de cuánta cobertura económica un paciente promedio podría obtener si estuviera cubierto por los distintos tipos de planes.

Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los costos pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento

(parto normal)

- **El proveedor cobra: $7,540**
- **El Plan paga $6,165**
- **Usted paga $1,375**

Ejemplos de los costos

El costo del Hospital (madre)	$2,700
Atención de rutina del obstetra	$2,100
El costo del Hospital (bebé)	$900
Anestesia	$900
Análisis de laboratorio	$500
Medicamentos	$200
Radiografía	$200
Vacunas y otros servicios preventivos	$40
Total	**$7,540**

El paciente paga:

Deducibles	$1,100
Co-pagos	$25
Co-seguros	$750
Límites o exclusiones	$0
Total	**$1,875**

Control de la diabetes tipo 2

(control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra: $5,400**
- **El Plan paga $4,540**
- **Usted paga $860**

Ejemplos de los costos

Medicamentos	$2,9 00
Equipo y suministros médicos	$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	$700
Educación sobre el cuidado	$300
Análisis de laboratorio	$100
Vacunas, otros servicios preventivos	$100
Total	**$5,400**

El paciente paga:

Deducibles	$1,100
Co-pago	$80
Co-seguros	$180
Límites o exclusiones	$0
Total	**$1,360**

*** ASUME EL COMIENZO DEL PLAN ANUAL LOS DEDUCIBLES SE APLICAN EN SU TOTALIDAD.**

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados

¿Quéconceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales proveniendos del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los EE.UU. y no específicos para una zona geográfica o un plan
- La aflicción del paciente no es una condición excluida ni preexistente
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de proveedores participantes. Si el paciente hubiera recibido los servicios fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✘ **No**. Los tratamientos que mencionamos son sólo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cual sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura no son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos actuales y finales dependerán de los servicios que reciba, del precio del proveedor y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los Ejemplos para comparar planes?

✓**Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, usted encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese el casillero titilado "Usted paga" de cada ejemplo. Cuanto más bajo es el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tomar en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓**Sí.** Un gasto importante es el pago de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayor serán sus gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos de bolsillo.